

استمارة طلب تعديل معلومات التأمين الصحي

نموذج مخصص لتحسين وتصحيح المعطيات في سجلات الضمان الاجتماعي وبطاقة الشفاء

أولاً: معلومات المؤمن له اجتماعيًا

اللقب:

الاسم:

تاريخ ومكان الميلاد:

رقم التعريف الوطني (NIN):

رقم الضمان الاجتماعي (NSS):

الصفة / الوضعية:

العنوان الحالي:

رقم الهاتف:

البريد الإلكتروني:

ثانيًا: بيان المعلومات المراد تعديلها

نوع البيان المراد تغييره	البيان السابق (المسجل حاليًا)	البيان الجديد الصحيح (المطلوب اعتماده)
الاسم / اللقب / تاريخ الميلاد		
الحالة العائلية / ذوي الحقوق		
العنوان ومقر السكن		
الحساب المالي (RIP / RIB)		

ثالثًا: الوثائق الإثباتية المرفقة

المرفقات المودعة:

تصريح وتوقيع المعني بالأمر

خاص بمصالح الضمان الاجتماعي

أصرح بشرفي بصحة المعلومات المبينة أعلاه

تاريخ الاستلام والتأشير: